

**Förderung der Qualität der Ausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten  
durch E-Learning-Programme und weiteren Nachhilfe- oder Förderleistungen**

**Zuwendungsantrag**

**1. Zuwwendungsempfänger Antragsteller/-in (Ausbildungsbetrieb)**

Ausbildungsbetrieb:

Name, Vorname, ggf. Titel d. Ausbilders/Ausbilderin:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort:

E-Mail:

Telefon:

Arzt – Nr. (6-stellig):

Betriebsnummer (BBNR):

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

**2. Beantragung der Förderung für folgende/n Auszubildende/n**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Ausbildungsbeginn:

Ausbildungsende:

Vertrags – Nr. (Ausbildungsvertrag):

**3. Beschreibung der Leistungen**

Förderung der Kosten in Höhe bis zu 150 € für einen abgeschlossenen Vertrag mit der Mindestlaufzeit von 12 Monaten bei einem berufsspezifischen Anbieter für E-Learning-Programme, Nachhilfe- oder Förderleistungen oder geeignete Fachliteratur zur gezielten Vorbereitung auf die Zwischen- und Abschlussprüfung für den Ausbildungsberuf Medizinische/r Fachangestellte/r.

**Hinweise:**

- Die Zuwendung ist zurückzuzahlen, wenn der Vertrag über die Inanspruchnahme von E-Learning-Programmen oder anderen Nachhilfe- oder Förderleistungen vor Ablauf von 12 Monaten gekündigt wird.
- Die Zuwendung ist zurückzuzahlen, wenn eine Kündigung des Berufsausbildungsvertrages während der Förderungsphase erfolgt.
- Eine Doppelförderung, sofern bereits eine Förderung der Agentur für Arbeit vorliegt, kann nicht erfolgen.
- Bei Rückfragen können jederzeit erforderliche Unterlagen seitens der Ärztekammer des Saarlandes bei dem unter Punkt 1. genannten Zuwendungsempfänger angefordert werden (z. B. Nachweis über den über die Laufzeit von 12 Monaten ungekündigten Vertrag).
- Eine Zuwendung ist nur im Rahmen der verfügbaren Fördermittel möglich.

- Bitte reichen Sie den Antrag im Original bei der Ärztekammer des Saarlandes -Abt. Ärzte- ein.
- Als Anlage sind dem Antrag beizufügen: Eine Kopie der Rechnung über die bezogene Leistung.

**Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben, ebenso habe ich die Hinweise zur Kenntnis genommen:**

---

Ort, Datum, Unterschrift (Antragsteller/in)

Stempel (Ausbildungsbetrieb)

**Ich habe die unter Punkt 3. genannten Leistungen erhalten und bestätige, dass die Nutzungsmöglichkeit während der gesamten Vertragslaufzeit besteht:**

---

Ort, Datum, Unterschrift (Auszubildende/r)